CONSIDÉRATIONS

N° 4.

SUR

LE PNEUMOTHORAX;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 8 janvier 1824, pour obtenir le grade de Docteur en medecine;

PAR J. B. VENOT, de Bordeaux,

Département de la Gironde;

Ancien Élève de l'École pratique de la Faculté de Paris; Membre titulaire de la société linnéenne de Bordeaux.

. . . . . Pectoreque *recusso*,
Insonuére cavæ, gemitumque dedére cavernæ.
VIRG., *Æneid.*, lib. 2.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1824.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

Messieurs	Messieurs
LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	
ALIBERT.	FIZEAU, *Examinateur.*
BÉCLARD.	FOUQUIER, *Suppléant.*
BERTIN.	GUILBERT.
BOUGON.	LAENNEC.
BOYER.	MARJOLIN, *Examinateur.*
CAYOL.	ORFILA, *Examinateur.*
CLARION, *Président.*	PELLETAN fils.
DENEUX.	RÉCAMIER.
DÉSORMEAUX.	RICHERAND.
DUMÉRIL.	ROUX.
DUPUYTREN.	ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.	LEROUX.
DE JUSSIEU.	MOREAU.
DES GENETTES.	PELLETAN.
DEYEUX.	PINEL.
DUBOIS.	VAUQUELIN.
LALLEMENT.	

Agrégés en exercice.

Adelon.	Kercaradec.
Alard.	Maisonnabe.
Arvers.	Moreau.
Breschet.	Murat.
Capuron.	Parent du Chatelet, *Suppléant.*
Chomel.	Pavet de Courteille, *Examinateur.*
Cloquet aîné.	Ratheau, *Examinateur.*
Coutanceau.	Richard.
Delens.	Rullier.
Gaultier de Claubry.	Ségalas.
Guersent.	Serres.
Jadioux.	Thévenot.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

A MA BONNE ET SENSIBLE MÈRE.

Gage d'amour filial.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GINTRAC,

Professeur d'anatomie et de physiologie à l'École secondaire de médecine de Bordeaux; Membre de la Société de médecine, et Médecin de bienfaisance du cinquième arrondissement de cette ville; Médecin aux épidémies du département de la Gironde; Correspondant de l'Athénée de médecine de Paris; Membre de la Société de médecine d'Evreux, de celle de Toulouse, etc., etc.

La reconnaissance est une dette sacrée. Je ne m'acquitte pas envers vous par l'offre de ce faible travail. Vos avis et vos leçons m'ont ouvert la carrière ; ils y ont dirigé mes premiers pas. C'est en essayant de vous imiter et de marcher sur vos traces que je croirai vous rendre le seul tribut digne de vos soins....

A MON ONCLE ET A MA TANTE BOUTROU.

Témoignage de la plus sincère gratitude.

J. B. VENOT.

AVANT-PROPOS.

Il est une fonction vitale dont peu de physiologistes ont traité, et qui ne se trouve, que je sache, exposée comme il faut dans aucun livre élémentaire : je veux parler de l'exhalation gazeuse qui se fait à la surface de nos organes ou dans l'intérieur de leur propre tissu, et dont les phénomènes, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, sont d'une plus grande importance que le peu de soin qu'on apporte à leur étude peut le faire croire au premier abord.

MM. *Gérardin* et *Gaspard* sont les seuls qui jusqu'ici aient présenté quelques généralités sur la gazéification animale ; encore ne trouve-t-on pas dans leurs thèses un ordre de faits assez nombreux, assez bien recueillis pour former un corps de doctrine capable de mettre la fonction dont il s'agit au rang qu'elle doit occuper parmi les actes de la vie. Depuis, l'article *pneumatose* a paru dans le Dictionnaire des sciences médicales. M. *Piorry*, qui a rédigé cet article, a essayé de suppléer

à ce qui manquait à cet égard dans l'état actuel de la science. Mais ses considérations se ressentent un peu trop des bornes qu'il a dû s'imposer, et il n'y a, à vrai dire, rien de complètement satisfaisant dans le tableau raccourci que nous lui devons.

C'est dans les traités de physiologie que je voudrais voir un chapitre bien circonstancié sur la gazéification; et je m'étonne à bon droit qu'à une époque où les actions vitales sont si clairement et si raisonnablement expliquées, une semblable lacune soit encore à remplir. Il est surtout étonnant que les pathologistes, qui, sans aucun scrupule, ont placé dans leurs nomenclatures les symptômes les plus disparates, les accidens les plus fugitifs, n'aient pas dirigé leurs vues sur les phénomènes morbides de la gazéification, et ne les aient pas ralliés à un faisceau commun. *Franck*, à la vérité, sous le titre générique de *rétentions aériennes*, a donné une description savante et détaillée des pneumatoses abdominales; mais il y a loin de là à des documens nosographiques sur toutes les congestions gazeuses. En les rassemblant toutes dans une classe distincte, on eût, sans aucun doute, invité les observateurs à mieux saisir les termes de comparaison qui existent entre elles, on eût éclairé la théorie de leur formation, et ce n'eût pas été

la première fois que des inductions pathologiques on fût arrivé aux grandes vérités de la physiologie.

On objectera peut-être que le nombre et la nature de ces affections ne permettent pas d'en faire un groupe digne de figurer dans un cadre nosologique. Mais leur nombre est plus considérable qu'on peut le croire d'abord; et quant à leur nature, elle devait leur mériter la prééminence sur les anhélations, les spasmes, les lassitudes, et autres symptômes auxquels certains auteurs n'ont pas craint de donner un caractère essentiel en les présentant dans leurs classifications comme des maladies franchement typiques.

Mais je n'insiste pas plus long-temps sur un point dont l'avantage me semble démontré. Je laisse à cet égard un libre champ aux réflexions, et je demeure convaincu de l'utilité des recherches et des explications qu'aurait indubitablement fait naître un peu plus d'exactitude de la part des pathologistes.

J'avais primitivement le dessein d'embrasser le vaste sujet des pneumatoses; je voulais tenter le rapprochement des nombreuses actions qui se rattachent à ce mot, et offrir quelques développemens qui y sont spécialement relatifs; mais, bien que j'eusse à ma disposition quelques matériaux et des faits intéressans que j'aurais pu mettre en rapport avec les théories les plus saines, j'ai renoncé à un

travail qui, en même temps qu'il est très-compliqué, fort long, et par conséquent peu susceptible de s'accommoder au style et à la concision d'une thèse, se trouve au-dessus de mes forces, et exige, pour être bien traité, une expérience que je n'ai pas encore acquise. Je me suis donc borné à présenter quelques détails sur un des principaux phénomènes morbides de la gazéification, laissant à des esprits plus exercés le soin de généraliser et d'assembler tous les principes dont elle se compose, ou attendant le moment où je pourrai sans témérité remplir convenablement une pareille tâche.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LE PNEUMOTHORAX.

Histoire, définition, différences.

L'HISTOIRE du pneumothorax se compose de peu d'élémens. Entièrement méconnue ou mal observée par les auteurs, cette maladie fut, pour la première fois, décrite avec quelque soin par M. *Itard*, dans la thèse inaugurale qu'il soutint à la Faculté de médecine de Paris en 1803. Dans cette dissertation, le pneumothorax n'est considéré que comme un symptôme des affections de poitrine. L'auteur le signale à l'attention des médecins; il en coordonne les observations publiées jusqu'à lui; observations peu nombreuses, et qui à cette époque étaient encore éparses et négligées. Il en rapporte trois qui lui sont propres, et termine par quelques réflexions en forme de corollaires.

On cherche en vain dans cette thèse une monographie du cas dont il s'agit. M. *Itard*, encore une fois, ne lui donne qu'une importance secondaire et entièrement relative aux maladies des organes respiratoires, auxquelles, selon lui, le pneumothorax est toujours subordonné.

M. *Laennec* a depuis fourni d'amples et de savans détails appuyés sur de nouvelles observations d'un point encore si peu connu. On voit, d'après eux, que le pneumothorax peut constituer une véritable maladie, dont les caractères sont appréciables et bien tranchés. On regrette que ces considérations et les argumens qui les suivent n'établissent pas plus positivement la forme essentielle que cette maladie est quelquefois susceptible de revêtir. Je donnerai plus bas quelques éclaircissemens à ce sujet.

Les soins apportés de nos jours à l'examen des lésions thoraciques, et les progrès que l'anatomie pathologique ne cesse de faire ont beaucoup servi à mettre hors de doute un fait dont l'existence n'était rien moins que prouvée. On en a recueilli de nouveaux et d'assez nombreux exemples ; et bientôt cette affection, que l'on regardait comme très-rare, s'est reproduite assez souvent pour qu'on puisse, pour qu'on doive même l'étudier avec la plus grande attention.

On peut définir le pneumothorax une congestion gazeuse qui se fait dans la cavité de la plèvre ou dans des kystes formés dans la poitrine, congestion qui peut être plus ou moins considérable, toujours accompagnée de refoulement du poumon correspondant, quelquefois de lésions organiques de ce viscère, plus souvent d'altérations de la membrane qui l'entoure.

Cette définition est, je crois, exacte de tous points. Elle ne laisse aucun doute sur les fréquentes complications de la maladie, et satisfait évidemment à la différence qu'il s'agit d'établir entre celle qui est *primitive* et celle qui n'est que *symptomatique*.

L'existence du pneumothorax essentiel n'est pas démontrée par l'observation immédiate des faits ; et l'on conçoit facilement qu'une accumulation de gaz dans la cavité de la plèvre ne pourrait amener la mort qu'en se faisant soudainement avec abondance et dans les deux séreuses simultanément : une véritable asphyxie terminerait alors la vie du sujet. Mais, sans mériter d'être taxé d'ontologie, on peut, il me semble, dans beaucoup de cas, regarder les pneumatoses de la plèvre comme primitives. Ma première et ma quatrième observa-

tions sont de nature à prouver cette idée, qui s'appuie d'ailleurs sur les pneumopéricardes sans la moindre trace de lésion dans les organes voisins, et sur les tympanites idiopathiques rapportées par M. *Gérardin*. Je puis encore donner quelque poids à cette assertion en citant ici un fait curieux d'anatomie comparée que je dois à M. *J. Cloquet*. Le hasard, ou plutôt le désir qu'il a d'agrandir la science de l'organisation lui a fait trouver, sur plus de cinquante cochons égorgés à l'abattoir du Roule, des grappes de kystes transparens, pédiculés, parsemés de vaisseaux adhérens aux intestins et au mésentère, et remplis d'un gaz complètement inodore. Ces kystes, dont le nombre s'élevait à plusieurs centaines, variaient, pour le volume, depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'une grosse noisette. Tout l'abdomen était, du reste, dans l'état naturel.

Le pneumothorax est plus souvent consécutif et symptomatique d'affections plus graves que lui dans leur essence. Il n'est alors qu'un accessoire, dont l'importance est sujette à varier, et doit être relative à la quantité de fluide épanché, à sa nature, etc., etc.

La phthisie latente est surtout la maladie avec laquelle il coexiste. On n'a même pendant long-temps admis que cette complication; mais il en est un assez grand nombre d'autres que de nouveaux faits ont suffisamment dévoilées : la pleurésie chronique est une des principales. Quelques auteurs donnent comme très-probable la mutuelle préexistence de la phlegmasie et de l'épanchement gazeux. Tout en regardant la première comme plus souvent primitive, je crois sans peine à la présence de gaz dans la plèvre, troublant la sensibilité qui lui est propre, et y déterminant un degré d'inflammation plus ou moins intense. M. *Laennec*, d'après une observation consignée dans son ouvrage, ne paraît pas porté vers cette façon de penser.

L'hydrothorax se complique quelquefois de congestion gazeuse. Ces cas sont néanmoins assez rares. (Voy. *Bayle.*)

Littre parle d'un empyème de sang après lequel se développa une énorme quantité de gaz. Je ne connais pas d'autres faits semblables.

Les gangrènes du poumon, celles de quelques portions de la plèvre sont presque toujours liées au pneumothorax, et cela peut facilement s'expliquer par la décomposition putride qui se fait alors. Le gaz est ordinairement peu abondant et très-fétide.

Causes et développement.

Il est des maladies dont l'étiologie se déroule d'elle-même et ne laisse au praticien aucun problème à résoudre; il en est d'autres qui ont des causes moins faciles à saisir, et qu'on ne peut connaître qu'après un long et pénible travail de l'esprit; il en est enfin, et ce sont souvent des affections très-graves, qui paraissent n'être dues à aucune cause distincte, et qui pour cela reçoivent de nous l'épithète assez insignifiante de *spontanées*.

Le pneumothorax peut être très-souvent rangé dans cette dernière série, et, à part une chute, un coup violemment porté sur la poitrine, qui, au dire d'un médecin anglais, peuvent le produire, par suite de la rupture de quelques vésicules pulmonaires, sans qu'il y ait concomitamment ni emphysème ni aucun autre accident, on ne peut lui assigner des causes réellement efficientes : bien entendu que je ne veux parler ici que des causes éloignées, sensibles à nos moyens investigateurs, et qui n'ont besoin pour être trouvées ni des secours de l'analogie, ni des ressources souvent trompeuses du raisonnement.

Quant aux causes prochaines, elles sont presque toujours rationnelles. Elles le sont du moins pour la maladie dont je m'occupe; et c'est ce qui a fait errer plusieurs de ceux qui ont tenté de donner une explication de son mécanisme. Voici comment s'exprime M. *Itard* à ce propos : « Le pneumothorax reconnaît pour cause la fonte colli-« quative du poumon par suite d'une suppuration sourde, le séjour « prolongé du pus dans une cavité sans ouverture, d'où l'absorption « de ce liquide stagnant et sa décomposition en fluide aériforme. » Cette hypothèse est celle des anciennes écoles. On y voit une application presque littérale de la maxime de Baglivi : *Flatus excitantur ab*

effervescentiâ humorum aëriûm. Mais peut-on de bonne foi admettre une semblable manière de voir? Et sans être enthousiaste du vitalisme, n'est-on pas en droit de demander quelques motifs au moyen desquels on puisse soutenir une idée si contraire aux lois physiques et chimiques elles-mêmes? Faut-il croire qu'à une température de trente-deux degrés environ, un liquide purulent ou autre soit susceptible de se décomposer dans un organe vivant, et de s'y transformer en gaz permanens? Peut-on dire que le pus contenait le gaz tout formé, et qu'il n'y a eu qu'une simple séparation opérée par la différence de pesanteur spécifique? L'impossibilité de résoudre ces questions par l'affirmative renverse de fond en comble le raisonnement de M. *Itard*. On sait aussi à quoi s'en tenir, quant à sa proposition, sur la fonte colliquative des poumons (*pulmones assumpti*, Lieutaud.)

M. *Laennec* a depuis long-temps réfuté tout ce qu'on a pu dire à cet égard.

D'après ces considérations, l'hypothèse de M. *Itard* ne sera valable que pour les pneumothorax qui suivent les gangrènes du poumon. Dans le plus grand nombre des cas, on devra admettre un travail physiologique particulier déterminant une exhalation gazeuse, véritable sécrétion dont le produit s'accumule dans la cavité de la plèvre, à l'instar de la sérosité, dans les cas d'hydrothorax. On n'est pas obligé, pour expliquer cette théorie, de croire aux trachées, aux vaisseaux aérifères, et à d'autres subtilités anatomiques que rien ne tend à prouver; une simple aberration dans la sécrétion ordinaire doit seule être supposée. Au reste, les plus nombreuses analogies viennent étayer cette opinion, qui doit prévaloir, parce qu'elle rend raison de tous les phénomènes semblables. J'en prendrai un au hasard. Dans l'emphysème spontané qui produit les gaz, quelle décomposition leur donne naissance, d'où viennent-ils, s'ils ne sont dégagés par les vaisseaux exhalans du tissu lamineux (1)? On ne doit pas

(1) L'action nerveuse dont on restreint, il me semble, un peu trop l'influence, doit présider à ces sécrétions gazeuses, qu'elles soient physiologiques ou mor-

omettre comme cause du pneumothorax la communication libre qu'on a quelquefois trouvée et reconnue entre les bronches et la cavité de la plèvre. Le gaz épanché est alors de l'air atmosphérique presque pur. On conçoit que cette cause ne peut, dans tous les cas, être appréciée qu'après la mort.

Il est une remarque essentielle qui doit trouver sa place ici. Les fluides aériformes épanchés dans la poitrine sont toujours fixes et permanens ; la chimie n'a pas encore pu les soumettre à ses analyses ; mais, le plus souvent inodores, quelquefois fétides, ils ne laissent aucune trace de leur condensation sur les cadavres, et s'échappent avec beaucoup de force par les issues qu'on leur donne ; dans quelques cas même leur contact paraît avoir ôté à la séreuse du poumon l'aspect humide qui lui est naturel. Que penser d'après cela de l'induction d'anatomie comparée, d'où M. *Ribes* veut inférer que la congestion gazeuse dont il s'agit peut tenir à la sérosité vaporisée ?

Le développement du pneumothorax ne peut être apprécié que d'une manière dubitative. La marche qu'il suit n'a point de périodes qu'on puisse graduer avec justesse. Si le gaz est en petite quantité, on devine aisément qu'il doit causer peu de trouble dans l'économie animale, et qu'alors on n'en peut même pas suspecter l'existence. On n'est guère plus avancé quand la dypsnée, la toux, la fréquence du pouls, etc., indiquent une forte compression de l'organe respira-

---

bides. Les nerfs des ganglions paraissent surtout destinés à opérer ces phénomènes particuliers. Ne sont-ils pas, en effet, les premiers agens du mouvement tonique ? Le *cholera-sicca*, si bien décrit par *Hippocrate*, les coliques dites *venteuses*, et qui, d'après *Juncker* et une foule d'autres observateurs, sont plus fréquentes chez les personnes maigres et nerveuses que chez les autres, doivent donc être considérés comme des névralgies du trisplanchnique, dont l'invasion, la marche, les symptômes et la solution critique sont dignes de la plus grande attention. Cette assertion repose d'ailleurs sur des faits nombreux recueillis par *Morgagni*, *Valsalva*, *Pœchlin*, *Groetzius*. M. *Gerardin* parle d'une colique très-intense qui fut suivie de météorisme, avec des rétrécissemens remarquables sur divers points du tube intestinal.

toire. Ces symptômes se rapportent à tant de maladies diverses, qu'on ne peut raisonnablement les attribuer à un épanchement gazeux dans la poitrine qu'après une soigneuse recherche des signes caractéristiques de ce dernier. Ce point est capital, et doit beaucoup aux investigations modernes.

Signes. La séméiotique des maladies de poitrine est depuis quelques années portée à un degré de perfection qu'un médecin, que j'ai déjà cité, ne prévoyait guère lorsqu'il disait : *O quantò difficilius morbos pulmonum cognoscere, et de iis certum dare præsagium!* Déjà *Bichat* avait montré les avantages de la pression abdominale dans les cas dont il s'agit. Mais ce moyen, qu'on doit souvent prendre en considération, ne va pas directement au but, et remplit rarement l'attente du médecin : il entre donc dans la série des ressources vagues et indirectes qui, jusqu'à M. *Laennec*, ont été proposées par les auteurs. Ce n'est en effet que par l'auscultation immédiate que le diagnostic des maladies thoraciques peut avoir quelque certitude physique. Il est même beaucoup de ces affections qui, au moyen du stéthoscope, peuvent être aussi exactement appréciées que les lésions extérieures les plus simples. Il en est aussi beaucoup que les signes fournis par les anciens peuvent seuls faire reconnaître. On ne doit, au surplus, dans aucun cas, négliger de mettre tout en œuvre pour accumuler les indices, et par là rendre son jugement aussi sûr que possible.

C'est principalement pour découvrir le pneumothorax que cette alliance devient nécessaire. La percussion seule peut exposer à de graves erreurs ; et à moins que le son qu'elle produit ne soit tympanitique, à moins que le côté affecté ne soit bien plus élevé que l'autre, on pourra croire facilement à une pneumonie, ou à un engorgement quelconque du côté sain, par cela seul que sa résonnance sera moindre que celle du côté malade Mais, au moyen de l'auscultation, tous les doutes seront bientôt levés. Qui pourra se méprendre sur la nature de l'affection, si effectivement à cette sonorité plus ou

moins remarquable se trouve jointe une absence complète de la respiration ? Dans l'hydrothorax et dans tous les épanchemens purulens et sanguins, la percussion donne un son mat, cette seule différence ne peut laisser de prise à l'équivoque. Dans l'emphysème du poumon, il y aurait un peu plus de difficulté, au premier aperçu même, les signes auscultatifs semblent être ceux du pneumothorax ; mais on ne se borne pas à un seul examen, on place le cylindre sur plusieurs régions de la poitrine, on en explore surtout les parties supérieure et postérieure, et toujours, quand il y a congestion gazeuse dans la plèvre, le bruit de la respiration est entendu dans ces dernières parties. Dans l'emphysème, la perception dont il s'agit est nulle sur tous les points de la poitrine.

Il faut cependant être juste. Malgré la grande précision et l'exactitude avouées du stéthoscope, peu de pneumothorax ont encore été reconnus du vivant des malades. On doit, je pense, en reconnaître la cause dans le peu de fréquence de cette affection, dans son développement presque toujours insensible ou voisin de la mort, et principalement dans le peu d'habitude que la plupart des médecins ont de l'instrument de M. *Laennec*. Ce savant professeur, parmi plusieurs cas de cette nature qui lui sont propres, n'en cite qu'un dont le diagnostic ait été bien éclairci avant la mort du sujet.

La succussion peut, quand il y a hydrothorax avec épanchement gazeux, faire presque certainement apprécier la maladie. Au moyen de ce signe, dont l'usage remonte à *Hippocrate*, on peut alors produire très-distinctement le flot du liquide.

La congestion gazeuse des plèvres, simple et telle que je l'ai supposée, est une maladie dont l'issue ne doit être fâcheuse qu'autant que le fluide est en grande quantité, que son accumulation se fait d'une manière subite, et qu'il ne peut se dissiper par aucun effort critique. Est-elle compliquée, son prognostic suit celui de l'affection principale. C'est alors un symptôme qui aggrave toujours l'état du malade, et qui souvent doit être la cause déterminante de la mort.

Altérations pathologiques.

Les individus morts avec des pneumothorax offrent des viciations organiques, des lésions de tissu qui tiennent à d'autres maladies. Je n'en parlerai pas ici ; je jetterai seulement un coup-d'œil sur celles qui paraissent dépendre de la présence des gaz dans la poitrine, ou qui en ont permis le développement : elles sont peu nombreuses, mais elles méritent cependant d'être mentionnées.

La plèvre, qui quelquefois ne change pas d'aspect, est plutôt onctueuse qu'humide par l'effet des gaz (M. *Laennec*), a souvent offert des épaississemens accidentels, des rougeurs inflammatoires, des points en suppuration, des pustules plus ou moins nombreuses, des transformations en kystes. (Voy. l'obs. n.° 4.)

L'épaississement a paru surtout remarquable pour la plèvre costale. On a pu alors détacher cette membrane de la paroi thoracique correspondante. Elle vait perdu, en grande partie, sa transparence ; son tissu se rapprochait du cartilagineux, quoique plus souple que lui et moins franchement opaque. Les rougeurs inflammatoires, les points suppurés, et surtout les saillies éruptives, ont été aperçus plus rarement. Ces dernières, que j'ai vues une fois, sont petites, rougeâtres, acuminées, véritables diminutifs de celles que présente souvent le péritoine après une vive inflammation ; elles sont, dans ce cas, confluentes, assez grosses et pleines d'un pus blanchâtre. On a aussi rencontré la plèvre desséchée, jaunâtre et ressemblant à du parchemin. Cette observation est rare néanmoins.

Quant au poumon, il offre parfois des altérations tout-à-fait propres à éclairer sur la cause de l'epanchement gazeux : telles sont des ouvertures établissant une libre communication entre les bronches et la plèvre ; telles sont encore des porosités sur la surface du poumon, porosités imperceptibles, mais par lesquelles la pression pouvait faire jaillir de l'air.

Traitement.

On sent aisément, d'après ce qui précède, que la thérapeutique du pneumothorax est très-obscure, et ne peut être tracée qu'approximativement. Si cette maladie avait plus souvent le caractère essentiel que nous lui avons départi, si surtout alors il était bien facile d'acquérir la preuve de son existence, on pourrait, partant de ce point, indiquer une méthode curative, sinon complètement efficace, du moins sagement raisonnée; et dans ces cas, la physiologie du système nerveux serait d'un grand secours au praticien qui désirerait obtenir quelques succès : c'est du moins l'hypothèse de laquelle j'ai déjà argué, et que je regrette beaucoup de ne pouvoir qu'énoncer ici.

Mais l'affection dont il s'agit est le plus souvent un épiphénomène d'affections plus graves, et c'est sur ces dernières qu'il convient de porter principalement ses vues. J'ai déjà dit que la phthisie latente et la pleurésie chronique étaient les maladies que le pneumothorax accompagne spécialement. Dans le premier cas, tous les moyens possibles n'ont, on le sait, qu'une action palliative plus ou moins longue. La phthisie pulmonaire, ainsi chronique et déclarée, n'a encore épargné personne; et malgré toutes les méthodes indiquées, malgré tous les systèmes ingénieux ou absurdes qu'on a tour à tour préconisés comme pouvant triompher de cette cruelle maladie, il faut de bonne foi la reconnaître comme invincible, et faire le pénible aveu de notre faiblesse pour en délivrer les malheureux qui réclament nos soins.

La pleurésie, tant invétérée fût-elle, sans altération du tissu pulmonaire, n'est pas à beaucoup près une maladie aussi grave. Liée au pneumothorax, sa cure devient plus difficile; et cela doit se concevoir, si l'on réfléchit à la présence du gaz, véritable corps étranger, qui, quoi qu'on en ait dit, entretient l'inflammation. C'est surtout dans ce cas que *Williams Hewson*, et après lui M. *Rullier*, ont conseillé l'opération de l'empyème, moyen qui, en effet, peut

réussir alors. Quelquefois il y a simultanément de la sérosité épanchée, et l'incision donne issue au gaz et au liquide en même temps.

Le traitement qu'on oppose à l'hydrothorax avec congestion gazeuse doit agir sur les deux maladies à la fois; et dans ce cas, l'emploi bien ordonné des saignées locales, du séton et des autres dérivatifs doit amener des résultats avantageux pour le symptôme en même temps que pour la maladie principale. Il en est de même de tous les moyens diététiques et pharmaceutiques dont on use en pareille occurrence.

Quelle thérapeutique peut combattre les gangrènes du poumon? La mort doit promptement arriver après un tel accident. (Voy. les obs. 14 et 16 de M. *Laennec.*)

Les hydragogues ont été recommandés dans le pneumothorax; mais je crois que le médecin physiologiste doit, dans les cas où cette maladie n'est que symptomatique, sinon les proscrire entièrement, du moins n'en permettre qu'un usage modéré. Si elle était essentielle, j'ai fait pressentir que les nervins et les antispasmodiques seraient les seuls remèdes qui me paraîtraient convenables. Il faut, au surplus, attendre que l'expérience ait prononcé à cet égard, et ne pas se hâter de donner comme positives des théories que le temps et une série de faits bien observés ont seuls droit de ratifier.

I.re OBSERVATION.

M.me Der..., âgée de trente-huit ans, d'un tempérament nerveux-lymphatique, est née à Cayenne. Elle est venue en France très-jeune, et habite Paris depuis plus de quinze ans. Elle a peu des habitudes qu'ont en général ses compatriotes; l'adresse, l'agilité dont elle est douée la distinguent entre toutes les créoles; mais une vive sensibilité, un cœur ardent, une imagination exaltée forment la base de son caractère. Elle n'a jamais été sérieusement malade, et une variole très-discrète qu'elle eut à l'âge de six ans, et qui ne lui a laissé que de légères traces, est la seule affection dont elle ait à se

plaindre. On conçoit néanmoins qu'avec le moral précité, M.me Der.... a souvent eu des maux de nerfs, des migraines et autres indispositions avouées, pour ainsi dire, par les convenances sociales. Du reste, éruption des menstrues à quatorze ans ; peu ou point de dérangemens dans leur flux depuis cette époque, si ce n'est pour trois grossesses, terminées toujours heureusement.—Il y a dix-huit mois au plus que M.me D.... éprouva, pour la première fois, les symptômes d'une maladie particulière, qui, d'après elle, consistait en une oppression très-forte, et comme suffocante, avec éjection de beaucoup de vents. Ces phénomènes durèrent toute la nuit ; mais le lendemain matin la malade était seulement fatiguée ; elle dormit une partie de la journée, fut ensuite parfaitement tranquille, et attribua ce dérangement à une indigestion. Un mois et demi après cette époque un second accès survint. Je fus de suite mandé, et j'observai les symptômes suivans : une toux sèche et sonore, un embarras indéfinissable, une gêne d'abord peu considérable, puis plus grande de la respiration, une véritable dyspnée sans douleur, une vive rougeur de la face, de l'agitation, de la fièvre, quelques ructus, que la malade rendait avec beaucoup de plaisir. Je ne savais que penser d'un tel état, dont les réponses des assistans et de la malade elle-même ne pouvaient m'apprendre les causes. Je me disposai néanmoins à pratiquer une saignée au bras, dans le but de diminuer la difficulté de respirer, lorsque tout à coup M.me Der.... rendit par la bouche et par l'anus une telle quantité de gaz, que pendant près d'une heure elle ne fit autre chose. De momens en momens le mieux se rétablissait, et l'anxiété diminuait à vue d'œil. Une potion avec l'eau de tilleul et le laudanum a été ensuite administrée. Les éructations ont continué pendant quelque temps encore, et au bout de deux ou trois heures la malade était bien.

Depuis, elle a eu quatre accès semblables ; leur retour n'a rien eu de déterminé. Ils ont eu moins de durée, la malade provoquant la crise au moyen de boissons chaudes, carminatives.

J'ai plusieurs fois exploré la poitrine de M.me Der.... La per-

cussion m'a souvent donné une sonorité relative, qui, sans être pathognomonique du pneumothorax, est indiquée comme un signe de cette maladie. Quant au stéthoscope, le peu de patience de la malade pendant les accès ne m'a pas permis d'en faire une application convenable, et durant les intermittences il n'a pu me donner connaissance de la moindre lésion dans les organes respiratoires. C'est ce qui me fit penser que la maladie pouvait tenir au ballonnement spasmodique de l'estomac, noté par plusieurs auteurs. Un examen attentif de l'épigastre, au plus fort même des accès, ne m'a pas permis de conserver long-temps cette idée. Il m'a semblé plus raisonnable de voir dans cette affection un pneumothorax essentiel, que sa périodicité, sa crise et la constitution du sujet devaient faire regarder comme produit par l'action nerveuse.

M.me Der.... jouit maintenant de la meilleure santé; elle est encore menstruée.

II.e OBSERVATION.

Dans le courant de février 1821, on apporta dans le pavillon de l'Ecole pratique, où j'étudiais alors la médecine opératoire, le cadavre d'un homme de trente à trente-cinq ans. Sa maigreur, l'étroitesse de la poitrine m'indiquèrent suffisamment que la phthisie pulmonaire avait amené la mort. C'était effectivement pour cette maladie qu'on avait traité cet homme à l'hôpital de la Charité, où je sus ensuite qu'il avait succombé.

Je fis d'abord sur la tête quelques opérations chirurgicales, et ce ne fut qu'au bout de trois jours que, suivant l'ordre accoutumé, je pratiquai celle de l'empyème. J'avais choisi le côté droit. A peine eus-je introduit le bistouri dans la poitrine, qu'à mon grand étonnement une quantité assez considérable de gaz presque inodores s'échappa par l'ouverture : un peu de sérosité rougeâtre sortit aussi. Je me hâtai d'enlever le sternum, afin d'examiner avec soin un phénomène que je n'avais encore jamais vu : j'eus bientôt lieu d'être complètement satisfait. Le côté droit du thorax était, en grande partie,

vide ; le poumon, réduit à peu près à la moitié de son volume, était retiré sur la paroi postérieure ; les deux plèvres costale et pulmonaire avaient l'aspect lisse et poli qu'on leur connaît; quelques éruptions rougeâtres à sommet aigu paraissaient néanmoins à la surface de la première ; trois ou quatre onces de sérosité, en tout analogue à celle déjà sortie, étaient contenues dans la partie la plus déclive de cette cavité ; le diaphragme était presque droit. Par un examen plus circonstancié, je vis que la plèvre avait acquis beaucoup d'épaisseur ; une bride formée par une ancienne adhérence rapprochait supérieurement le poumon des côtes. Malgré les recherches les plus minutieuses, je ne pus apercevoir sur ce viscère aucune ouverture perméable ; sa surface était saine. Des incisions pratiquées dans son tissu m'y ont fait voir quelques tubercules non encore suppurés. Le poumon gauche en a aussi offert quelques-uns ; du reste, toute la capacité thoracique de ce côté était comme dans l'état ordinaire.

III.^e OBSERVATION.

Une dame de cinquante-cinq ans, qui avait eu pendant plusieurs années au visage la dartre appelée *couperose*, éprouva beaucoup et de violens chagrins qui firent disparaître cette dartre. La malade ressentit par suite de vives douleurs dans le ventre et la poitrine, avec fièvre, et plusieurs autres symptômes dénotant une inflammation latente des organes abdominaux. Bientôt il survint des éructations continuelles qui durèrent vingt jours, sans qu'il y eût un véritable relâche ; de sorte que la malade rendit pendant ce temps une énorme quantité de gaz : ces gaz étaient inodores. M. *Laennec*, appelé en consultation, reconnut un épanchement gazeux dans la plèvre. Les éructations s'étant supprimées, la malade fut prise de suffocation et mourut. L'autopsie cadavérique ne put malheureusement pas être faite.

IV.e OBSERVATION.

M. *J. Cloquet*, à qui je dois l'observation précédente, et aux bontés duquel j'aime à rendre publiquement un témoignage de ma gratitude, a trouvé sur le cadavre d'un homme de trente ans, qui pendant long-temps avant sa mort s'était plaint de gêne dans la respiration, un kyste séreux, du volume de la tête d'un fœtus, développé entre la base du poumon droit et le diaphragme. Ce kyste était mince, demi-transparent, parsemé de vaisseaux, n'adhérait qu'au diaphragme, et se trouvait distendu, comme un ballon, par un gaz inodore. Il ne contenait que quelques gouttes de sérosité. Le poumon était refoulé dans le haut de la poitrine, et était parfaitement sain.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Autumnus tabidis malus. *Sect.* 3, *aph.* 10.

II.

Raucedines et gravedines in valdè senibus non coquuntur. *Sect.* 2, *aph.* 40.

III.

Quibus tormina et circa umbilicum dolores et lumborum dolor, qui neque purgante, neque aliter solvitur, in hydropem siccum formatur. *Sect.* 4, *aph.* 11.

IV.

Icterici non admodùm flatulenti sunt. *Sect.* 5, *aph.* 72.

V.

Acidum ructantes non admodùm pleuritici fiunt. *Sect.* 6, *aph.* 33.

VI.

Diuturnis intestinorum lævitatibus ructus acidus superveniens, qui priùs non fuit, signum bonum. *Ibid.*, *aph.* 1.